



**CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS
CHANGE OF CIRCUMSTANCES**

SU NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
SU NÚMERO DE CASO (NÚMERO DE ID DE CLIENTE)	FECHA
FOR OFFICE USE ONLY CHANGE REPORTED BY TELEPHONE ON (LIST DATE):	
WORKER'S NAME	

Lea todas las secciones cuidadosamente. **Marque todas las casillas que son aplicables a su hogar.** Firme, ponga la fecha, y regrese este formulario a su oficina local. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su funcionario. Si desea regresar este formulario por correo, hay sobres con franqueo pagado en su oficina local.

SUS RESPONSABILIDADES: Si su hogar recibe asistencia en efectivo o para alimentos, usted debe informar dentro de 10 días sobre cambios ocurridos. Si su hogar recibe asistencia médica, debe informar de cambios dentro de 20 días.

1. Mi dirección ha cambiado.

Me mudé. Fecha de la mudanza: _____ Mi dirección postal ha cambiado. Estoy sin hogar.

Mi nueva dirección de residencia es:			Mi nueva dirección postal (si es distinta) es:		
NÚMERO DE APARTAMENTO (SI LO HAY)			NÚMERO DE APARTAMENTO (SI LO HAY)		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

2. Mis costos de vivienda han cambiado.

En casos de asistencia para alimentos, informe **solamente los aumentos** en el costo de vivienda. Si tiene una **disminución** de costo de alquiler (incluyendo mudarse a vivienda subsidiada), **informe de esto en su siguiente revisión de elegibilidad.** Marque todo lo aplicable:

<input type="checkbox"/> Estoy alquilando.		<input type="checkbox"/> Estoy comprando.		<input type="checkbox"/> Estoy en vivienda subsidiada.	
MONTO MENSUAL DE ALQUILER	SU PORCIÓN, SI ES DISTINTA	MONTO MENSUAL DE HIPOTECA	PAGO MENSUAL (ANOTE SU PORCIÓN SOLAMENTE):		
\$	\$	\$	\$		

Pago separadamente por (marque todo lo aplicable):

<input type="checkbox"/> Costo de calefacción/ aire acondicionado Pago: \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Teléfono Pago: \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro para el hogar Pago: \$ _____ por <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	<input type="checkbox"/> Impuesto a la propiedad Pago: \$ _____ por <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año
---	--	--	---

3. Alguien se mudó a mi hogar o fuera de él . Marque todo lo aplicable e indique la fecha de la mudanza.

Alguien se mudó A mi hogar. Fecha: _____
Nombre a todos los que se mudaron (incluya recién nacidos):

Compro y preparo comidas con mis compañeros de hogar (marque la casilla que sea aplicable): Sí No

NOMBRE(S)	PARENTESCO/RELACIÓN CONMIGO

Quiero incluir a alguien en mi:

Asistencia en Efectivo Para alimentos Asistencia médica
 Cuidado de niños

Si es así, ¿a quién? Indique los nombres.

Alguien se mudó DE mi hogar. Fecha: _____
Nombre a todos los que se mudaron de su hogar:

Pienso que la/s persona/s se mudará/n de nuevo a mi hogar (marque la casilla que sea aplicable): Sí No

NOMBRE(S)	PARENTESCO/RELACIÓN CONMIGO

Si es así, ¿quién? Indique los nombres.

¿Cuándo piensa que la/s persona/s regresará/n?

4. Los ingresos de mi hogar han cambiado. Ejemplos de ingresos incluyen sueldos o entradas derivado de un empleo o de trabajo por cuenta propia, beneficios de desempleo, pagos de Seguro Social, SSI, Labor e Industrias (L&I), manutención de niños, beneficios para veteranos (VA), regalos o préstamos. Marque todo lo que sea aplicable:

COMIENZO de ingreso o trabajo. Fecha en que comenzó el ingreso: _____ ¿De quién es el ingreso que comenzó? _____
 Monto bruto (monto en dólares antes de los impuestos): \$ _____ por hora mes
 Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____
 Jornada completa Tiempo parcial Fecha/s en que la persona recibe ingreso (ej: 1 y 15 de cada mes, o cada viernes) _____

TERMINACIÓN de ingreso o trabajo. Fecha en que terminó el ingreso: _____ ¿De quién es el ingreso que terminó? _____
 Razón por qué terminó el ingreso: _____

AUMENTO de ingreso. Fecha en que aumentó el ingreso: _____ ¿De quién es el ingreso que aumentó? _____
 Monto bruto (monto en dólares antes de los impuestos): \$ _____ por hora mes
 Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____
 Si está trabajando, ¿es este un cambio de **tiempo parcial a jornada completa**? Sí No

DISMINUCIÓN de ingreso. Fecha en que disminuyó el ingreso: _____ ¿De quién es el ingreso que disminuyó? _____
 Monto bruto (monto en dólares antes de los impuestos): \$ _____ por hora mes
 Tipo de ingreso: _____ Nombre del empleador (si lo hay): _____
 Si está trabajando, ¿es este un cambio de **jornada completa a tiempo parcial**? Sí No

5. Los recursos de mi hogar han cambiado. Adquirí, o alguien en mi hogar adquirió (marque todo lo que sea aplicable):

- Una cuenta bancaria (marque todo lo que sea aplicable): Cuenta Corriente Ahorros CD's Mercado de dinero
 Monto en la cuenta: \$ _____ Fecha en que se abrió la cuenta: _____
- Un vehículo: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Fecha en que lo recibió: _____
- Una devolución de impuestos. \$ _____ ¿Cuánto fue por Crédito de Impuesto por Ingreso Ganado (EITC)? \$ _____
 Fecha recibido: _____
- Un pago global único (incluye beneficios retroactivos, pago de finiquito, o una herencia). \$ _____ Fecha recibido: _____
- Otros recursos (anote): _____

6. Mi hogar ha tenido otros cambios. Marque todo lo que sea aplicable:

- Necesito asistencia para cuidado de niños.
- Mis costos para cuidado de niños han cambiado de: \$ _____/mes a \$ _____/mes.
- _____ quedó embarazada; Fecha en que se anticipa el parto: _____
- El embarazo de: _____ terminó; Fecha en que su embarazo terminó: _____
- Los pagos de manutención para niños cambiaron de: \$ _____/mes a \$ _____/mes.
 ¿Quién paga la manutención de niños? _____
- Los gastos médicos aumentaron de: \$ _____/mes a \$ _____/mes.
 ¿Quién paga los gastos médicos? _____
- El estado civil de: _____ ha cambiado. Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

OTROS CAMBIOS (DESCRIBA)

7. Quiero terminar mi: Asistencia en efectivo Asistencia para alimentos Asistencia médica Cuidado de niños

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporciono es verídica y correcta de acuerdo a mi mejor saber y entender. Comprendo que si doy información falsa, engañosa o incompleta, podría ser penado/a por la ley (RCW 74.08.055 y RCW 74.08.331). Comprendo que la información que doy está sujeta a verificación y estoy de acuerdo en proporcionar dicha verificación. Si no puedo proporcionar las pruebas necesarias, autorizo a DSHS a que se ponga en contacto con otras personas o agencias para obtener la verificación por mí. Con mi firma en este formulario doy fe de que he informado de todos los cambios que han ocurrido.

FIRMA	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO
FIRMA DE OTRO ADULTO DEL HOGAR, O REPRESENTANTE	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO